

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 16 mars 1904, à 1 heure.

PAR

F. DESMOLINS

NÉPHRORRAPHIE

Résultats nombreux et éloignés

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. TERRIER, professeur.

DELENS, WALTHER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

H. JOUVE

15, rue Racine, 15

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen	M. DEBOVE.
	Professeurs	MM.
Anatomie.....		P. POIRIER
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....	}	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIASDUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....		BERGER.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		GILBERT.
Médecine légale.....		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	}	HAYEM.
		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
Maladie des enfants.....		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.....		RAYMOND
Clinique chirurgicale.....	}	TERRIER.
		DUPLAY.
		LE DENTU.
		TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.....		DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchements.....	}	BUDIN.
		PINARD.
Clinique gynécologique.....		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....		KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE	THIERY
BESANÇON	TOURETTE	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (AUG.).	GOUGET	MERY	VAQUEZ
BROCA (ANDRÉ)	GUIART	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY	WALTHAL
CUNEO	JEANSELME	RENON	WIDAL
DEMELIN	LANGLOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL (chef.	
DUPRE	LEGREY	des travaux anat.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

AVANT-PROPOS

Nous ne voulons point présenter cette thèse sans adresser tout d'abord nos plus sincères remerciements à nos maîtres de Paris et de Lyon pour les précieux enseignements qu'ils nous ont donné et la bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignée pendant le cours de nos études médicales.

C'est au docteur Lucas-Championnière que nous devons l'idée première de ce travail. Il a bien voulu nous confier les observations de son service et a toujours été pour nous le plus accueillant des maîtres, qu'il reçoive ici nos vifs remerciements et l'expression de notre profonde et respectueuse gratitude.

M. le professeur Tillaux nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous nous permettons de lui adresser ici nos hommages respectueux et reconnaissants.

NÉPHRORRAPHIE

RÉSULTATS NOMBREUX ET ÉLOIGNÉS

INTRODUCTION

Le rein est un organe physiologiquement mobile. Suspendu par ses ligaments et son pédicule vasculaire, il se meut dans la cavité abdominale à chaque mouvement inspiratoire.

Les tractus élastiques et fibreux qui le retiennent dans sa loge deviennent-ils insuffisants, sa mobilité s'exagère, l'influence des contractions diaphragmatiques qui pèsent sur lui se faisant particulièrement sentir. Chassé par le foie, sollicité par l'intestin, entraîné par son propre poids, insuffisamment soutenu par une paroi abdominale relâchée, il descend dans l'abdomen, change de place sous la moindre influence. Le rein mobile est constitué.

Mais cette exagération de sa motilité peut ne se manifester par aucun symptôme. Ses fonctions secré-

toires ne sont pas entravées. Aucune douleur, aucun réflexe nerveux ne vient révéler l'existence d'une néphroptose, le malade l'ignore, et ce n'est qu'accessoirement dans un examen médical ultérieur, ou, sur la table d'autopsie, que l'on s'aperçoit de ce trouble anatomique. Il ne nécessite d'ailleurs aucun traitement, puisqu'il ne s'accompagne d'aucun trouble fonctionnel et n'entrave en rien la santé générale de l'individu.

Il n'en est pas toujours ainsi. On peut voir apparaître de l'hématurie, ou de l'albuminurie. Ces faits sont assez rares. Schilling a bien noté 14 o/o d'albuminuriques ; mais cette proportion paraîtra excessive, si l'on tient compte de la grande fréquence des reins mobiles à peu près silencieux.

L'hydronéphrose n'est pas non plus très fréquente. On dénonce souvent l'ectopie rénale comme une cause d'hydronéphrose. C'est une erreur. Il semble même que ces deux affections gardent une certaine indépendance.

Le rein flottant est surtout fréquent à droite, c'est un fait de constatation journalière ; l'hydronéphrose au contraire se rencontre surtout du côté gauche. Enfin l'homme est très peu sujet aux ectopies rénales ; nous n'en avons trouvé qu'un seul cas sur les 46 observations ci-jointes. Tandis que chez lui l'hydronéphrose est beaucoup plus fréquemment observée que chez la femme. Il semble donc bien que ces affections soient distinctes et ne doivent pas être confondues. De ce que l'ectopie rénale a quelquefois causé l'hydroné-

phrose il ne s'en suit pas que ces faits particuliers doivent être généralisés, et, hydronéphrose ne doit pas faire penser immédiatement à rein flottant. Il n'existe pas une seule observation dans laquelle on ait constaté le rein mobile avant d'observer l'hydronéphrose.

La chirurgie expérimentale a donné tout récemment des résultats intéressants. Hildebrand détermina sur trois lapins une double coudure urétérale et n'observa pas d'hydronéphrose. Il prit alors six lapins dont il mobilisa le rein, ces lapins furent sacrifiés quelque temps après, il n'y avait pas eu de troubles de l'excrétion urinaire, et à l'autopsie on ne trouva aucune trace de dilatation du calice et des bassinets. Il dut couder l'uretère à angle aigu en le suspendant au moyen d'un fil, l'urine ne pouvant plus alors s'écouler s'accumula dans le rein ; et encore ce résultat ne fût-il pas constant.

Souvent, au contraire, on se trouve en présence de symptômes nerveux très accentués. Les douleurs sont violentes, les troubles gastriques persistants.

La neurasthénie et l'hystérie se manifestent à leur tour. Nous n'avons pas à décrire ici ces diverses formes des complications nerveuses de l'ectopie rénale ; mais, nous devons examiner de quelle manière il convient de traiter le malade qui souffre, et vient demander secours.

Quelques malades sont considérablement soulagés par l'application d'un bandage. Ils obtiennent ainsi d'une façon à peu près permanente le bénéfice que

procure temporairement le décubitus latéro-abdominal.

En général, on n'en obtient que de médiocres résultats. La constriction violente de l'abdomen n'est pas un bon traitement du rein flottant. Elle n'est pas sans danger, aussi le médecin doit-il veiller lui-même à l'application des bandages, si souvent mal ajustés. On se trouvera souvent bien d'entourer le ventre du malade couché d'une large bande d'étoffe, sous laquelle on glisse au niveau du rein un gros tampon. Lucas-Championnière prend une bande de tissu très souple, de crêpon ou de flanelle, longue de huit à dix mètres, et, large de 20 centimètres environ. Il la roule autour de l'abdomen du sujet couché, directement sur la peau, en serrant suffisamment. Le ventre étant ainsi bien maintenu, on glisse sous les fausses côtes, du côté malade, un petit coussin, ou, un gros tampon de coton.

Le malade arrive à le faire très bien lui-même. Il ôte sa bande le soir en se couchant, et la remet le matin à son lever. On obtient, ordinairement, un soulagement immédiat. Le soulagement est quelquefois tel, que le sujet, habitué à son pansement, oublie son mal, et se considère comme guéri.

Cette méthode est simple et peu coûteuse : on peut toujours l'essayer, avant de proposer une intervention chirurgicale. Se priver des réels bénéfices qu'elle peut donner serait faire une faute thérapeutique.

Les résultats sont particulièrement satisfaisants chez

les femmes qui ont un rein peu douloureux, facilement maintenu dans sa loge, et, ne s'accompagnant pas de phénomènes nerveux très accusés. Nous l'appellerons : rein médical, par opposition aux reins très douloureux, ou compliqués de troubles généraux graves, que nous dénommerons : rein chirurgical. Nulle ceinture ne saurait apporter à ces malades un soulagement suffisant, il faut intervenir, sous peine de voir s'établir une véritable cachexie nerveuse.

C'est cette deuxième variété de reins mobiles, variété dite chirurgicale, que nous aurons constamment en vue pendant le cours de cette étude.

Nous ne nous occuperons que de celle-là, à l'exclusion de tout autre.

Mais l'indication opératoire posée, une nouvelle question se présente. Comment doit-on opérer ? Nous n'avons pas la prétention de faire ici une étude complète de la néphrorraphie. Des auteurs autorisés ont déjà fait sur cette intervention d'innombrables travaux. Un sujet aussi vaste, traité dans le cadre forcément restreint d'une thèse, ne saurait être que très incomplet. Aussi nous contenterons-nous de passer rapidement en revue les divers procédés jusqu'ici employés, pour nous arrêter, plus longuement, au procédé qui a été employé au cours des nombreuses opérations que nous rapportons ici. Nous verrons ensuite, ce que sont devenues les malades opérées

de 10 et 15 ans après l'intervention, et nous essayerons d'en tirer quelques conclusions pratiques.

Heureux si notre œuvre, vulgarisation des travaux de nos maîtres, pouvait rendre les thérapeutes moins hésitants, et, contribuer ainsi au soulagement de quelques douleurs.

HISTORIQUE

Il faut remonter au moyen-âge pour retrouver à son début l'histoire clinique de l'ectopie rénale.

C'est François Pédemontanus, dit Mesné, qui donna en 1581 la première étude que l'on connaisse sur le rein mobile. Un siècle plus tard (1641), Riolan, et surtout Haller, en donnèrent des descriptions excellentes. Puis survinrent les travaux de Meckel, Portal, les observations remarquables d'Aberlé, avec la relation de ses autopsies. Plus tard, Hayer, puis Fritz, en firent une description clinique irréprochable. Mais ces premières et remarquables observations ne devaient pas porter immédiatement leurs fruits. Ce n'est que beaucoup plus tard, en effet, à une date relativement récente, que l'on trouve les premiers essais de traitement chirurgical de la ptose rénale.

On ne connut d'abord qu'un seul traitement chirurgical : la néphrectomie. C'était l'opération de nécessité, lorsque les douleurs ou les troubles généraux devenaient trop intenses.

En 1881, Hahn essaya de ramener le rein déplacé dans sa loge et de l'y maintenir en passant quelques fils suspenseurs dans la capsule adipeuse. Cette opération était bien moins grave que la néphrectomie. Mais Hahn fut trop prudent, il n'osa pas pénétrer

dans la substance propre du rein, craignant une hémorrhagie impossible à arrêter. Aussi son succès fut-il incertain. L'organe mal fixé tendait à redescendre et les cas de récidives furent fréquents.

Un an plus tard Delhaes, puis Bassini, pénétrèrent dans la couche corticale ; mais seulement dans sa partie toute superficielle. Ils n'eurent pas d'hémorrhagies graves. Toutefois l'opération ainsi conduite se montra insuffisante. Les chirurgiens qui s'occupèrent de cette question furent amenés à pénétrer plus profondément dans la glande. Ce ne fut pas sans quelques hésitations. Les succès du début, quelques cas mortels, jetèrent le discrédit sur cette opération. La chirurgie expérimentale montra des lésions de sclérose se développant dans la substance glandulaire, sur le trajet des fils. Ces lésions firent craindre pour l'avenir du malade. La soie trop irritante fut remplacée par le catgut.

A partir de 1888, les opérations de néphrorraphies mieux réglées, deviennent plus nombreuses. Le professeur Guyon, J. Lucas-Championnière et Tuffier en France, Braun, Newmann, Morris à l'étranger en publient un certain nombre de cas et dans sa thèse soutenue devant la Faculté de Paris, en 1892, P. Delagenière en réunit 104 observations.

Depuis les travaux se sont multipliés, nombreux sont les auteurs qui s'occupèrent de cette question, et nous ne pouvons en citer qu'un bien petit nombre. Tuffier, Fischer, Lavergne, Duret, montrèrent expérimentalement et cliniquement quels étaient les

divers procédés qui pouvaient avantageusement être employés.

Les congrès d'urologie s'en occupèrent à diverses reprises (1901-1902) et publièrent d'importants travaux dans leurs procès verbaux. Broïdel, Fischer, Sottocasa, Herzberg, apportèrent des résultats cliniques. Aussi la néphrorraphie est-elle entrée depuis plusieurs années dans le domaine de la chirurgie courante.

Il semble cependant qu'elle ne soit pas considérée avec toute la faveur à laquelle elle a droit. Elle n'occupe pas encore la place qu'elle mérite en thérapeutique chirurgicale. Peut-être le souvenir des premiers insuccès jette-t-il encore un peu d'ombre sur ce procédé opératoire.

Nous verrons au cours de ce travail quels brillants résultats elle a donné entre les mains d'un chirurgien de grande expérience. Nous avons pensé que les statistiques personnelles mieux que les statistiques globales montrent ce qu'est susceptible de donner une opération bien conduite entre des mains expérimentées.

CHAPITRE I

Des différents procédés de néphrorraphie. Simple aperçu.

Nous allons passer rapidement, dans l'exposé qui va suivre, sur les différents procédés opératoires de néphrorraphie qui ont été mis en usage par les premiers opérateurs, et, justement abandonnés aujourd'hui, parce que leurs propres travaux ont permis de concevoir des procédés meilleurs donnant des résultats plus certains.

Il est difficile d'apporter quelque chose de nouveau dans cette étude. C'est une brève réédition de tout ce qui a été fait, jusqu'ici, d'important sur ce sujet; mais elle est nécessaire, pour pouvoir comparer le procédé que nous nous proposons de décrire en dernier lieu, et qui constitue, avec les résultats éloignés qu'il a donné, le fond de ce travail.

Les premiers essais furent timides. On se contenta de fixer l'enveloppe graisseuse du rein, sans grand résultat, d'ailleurs, et l'on fut vite amené à pénétrer dans la substance propre de la glande.

Nous ne parlerons que pour mémoire du procédé employé la première fois par MM. les docteurs *Pouillet* de Lyon et *Vulliet* de Genève en 1895 sur une malade qui présentait une néphroptose droite très douloureuse. Ces auteurs firent passer à travers le rein flottant un tendon pris dans la région dorsale ; ils fixèrent la glande au moyen de ce ligament vivant.

Cette opération est très compliquée, elle nécessite deux incisions. La première va à la recherche du rein comme dans une néphrorraphie ordinaire ; la deuxième conduit sur les faisceaux tendineux de l'insertion du grand dorsal sur la colonne vertébrale. On cherche le tendon qui s'insère sur l'apophyse épineuse de la première vertèbre lombaire ; on le soulève, et, on le désinsère ; puis, on le fait passer de haut en bas, à travers la partie postérieure du rein. Son extrémité libre est ensuite fixée à la plaie par des sutures métalliques.

Ce procédé nécessite un traumatisme considérable. C'est une opération qui paraît beaucoup plus grave que celles que l'on a l'habitude de faire dans les cas d'ectopie rénale. De plus, il semble bien difficile qu'elle puisse donner de meilleurs résultats que ceux qui ont été obtenus par les procédés ordinaires, nous y reviendrons plus loin. C'est une complication opératoire inutile.

Nous ne nous arrêterons pas non plus très longtemps au procédé de Fischer, que nous trouvons décrit dans la thèse de Germain de Saligny en 1899. Voici quelles en sont les grandes lignes.

On fait une incision lombaire, qui part de l'extrémité inférieure de la onzième côte ; sur le côté externe du carré des lombes, pour aboutir à la crête iliaque, que l'on suit par une incision courbe, sur une longueur de 5 à 6 centimètres.

On incise successivement les divers plans musculaires et fibreux que l'on rencontre jusqu'à ce qu'on ait découvert le carré des lombes.

On fait alors appuyer fortement le poing d'un aide contre la paroi abdominale, de façon à refouler le rein, dont on a préalablement reconnu la position. Ce rein arrive à faire saillie dans la région lombaire. On fait alors de chaque côté des lèvres de la partie supérieure de la plaie deux larges boutonnières. On en fait de même deux autres, à la partie inférieure de l'incision.

L'opérateur prend alors une bande d'os décalcifiée, taillée dans un os long d'un animal de grande taille, le fémur par exemple et repliée en u, et, après avoir découvert et avivé le rein par places sur sa partie convexe, il fait pénétrer cette lame osseuse recourbée dans l'orifice externe des boutonnières supérieures, elle sort par l'orifice profond, passe derrière le rein, arrive aux boutonnières inférieures qu'elle traverse. Dès lors le rein ne peut plus descendre, il est retenu par les lames osseuses qui passent au-devant de lui et sur lesquelles il repose comme sur les dents d'une fourche. La plaie est laissée ouverte et drainée, elle cicatrise par deuxième intention.

Ce procédé est assez compliqué, il ne va pas sans

un traumatisme opératoire considérable. Le malade est condamné à garder le lit pendant deux mois au moins au lieu d'y rester vingt ou vingt-cinq jours, temps qui peut être considéré comme suffisant après une néphropexie, dont les suites opératoires ont été simples. De plus, les lames d'os décalcifié ne se résorbent que très lentement et sont gênantes. Les nombreux pansements que nécessite une plaie aussi longue à cicatriser augmentent les chances d'infection.

L'avantage principal de cette méthode est de réduire au minimum le traumatisme rénal, aucun fil ne traverse le rein. Il paraît un peu illusoire, lorsque l'on considère que la sécrétion urinaire n'est pas modifiée par la néphropexie, et que l'on n'observe pas, même après une longue échéance, de troubles imputables à une insuffisance rénale.

Au point de vue physiologique, ces faits sont parfaitement établis. Non seulement le rein lésé s'hypertrophie, mais même le rein situé de l'autre côté peut participer à l'hypertrophie.

Il est non moins certain qu'un seul rein suffit, à la rigueur, à la vie organique. Nous avons publié dans ce travail l'observation d'une femme dont le rein était probablement unique, et à qui l'on a fait une néphrorraphie; elle n'a présenté depuis aucun trouble de la sécrétion urinaire, bien qu'elle ait été revue 14 ans après l'opération.

Le procédé de Fischer n'est en somme qu'une modification de la méthode de Kocher. Ce chirurgien avait renoncé à suturer le rein mobile parce que,

disait-il, les sutures sectionnent le tissu rénal, et, l'organe ne tarde pas à redescendre. Kocher amène dans la plaie, qu'il traite à ciel ouvert, une partie de la substance corticale de la glande mise à nu. Le tissu des bourgeons charnus envoie à l'intérieur de cette substance corticale du tissu conjonctif résistant. On obtient ainsi une fixation cicatricielle très solide.

C'était aussi, avec quelques modifications légères, le procédé de Sulza et de Riedel. Newmann interposait entre les lèvres de la plaie un tube à drainage. Il cherchait à obtenir une réunion par deuxième intention.

Toutes ces méthodes sont analogues et méritent les mêmes reproches. D'abord elles reposent sur une base erronée. Les sutures ne sectionnent pas la glande rénale, si l'on a soin de s'entourer de certaines précautions. Il ne faut pas trop les serrer, on risque en effet de cette façon de déchirer la substance glandulaire. Ces sutures d'ailleurs ne sont pas définitives. Ce ne sont pas elles qui soutiendront plus tard la glande, mais bien les adhérences qui s'établiront entre le parenchyme rénal et les tissus environnants. Aussi ne faut-il pas employer la soie, trop irritante, amenant trop facilement la suppuration ; elle est trop peu extensible et ne se résorbe pas. Les gros fils de catgut sont bien préférables. Nous reviendrons d'ailleurs sur cette question à propos de la description du procédé que nous considérons comme le procédé de choix. Les résultats obtenus sont la preuve matérielle de ce que nous avançons et nous

laisserons pour le moment cette objection de côté.

Ces méthodes présentent de plus tous les inconvénients que nous avons déjà signalés à propos du mode opératoire dû à Fischer. Ce sont des opérations plus complexes, donnant de larges plaies longues à cicatriser, plaies situées dans le voisinage de la cavité abdominale, quelquefois directement en rapport avec les grandes cavités séreuses, lorsque l'on a par mégarde ouvert le péritoine ou la plèvre.

Tuffier essaya de faire passer le rein derrière l'atmosphère graisseuse rétro-rénale. Il décollait la graisse, mettait l'organe en contact avec l'aponévrose du transverse et suturait. Mais, il abandonna lui-même ce procédé, le tissu cellulo-graisseux étant trop lâche pour constituer un point d'appui suffisant. Il chercha alors à créer de toutes pièces à la glande déplacée une loge nouvelle, dont les parois seraient plus résistantes. Il décolla l'aponévrose du transverse du petit oblique, et y plaça le rein en ménageant une ouverture assez large pour le passage du pédicule.

Cette opération a pu donner de bons résultats. Elle n'en est pas moins beaucoup plus compliquée qu'il n'est nécessaire. A quoi bon créer de nouvelles régions anatomiques, alors que la néphrorraphie remettant simplement l'organe à sa place donne de si excellents résultats, lorsqu'elle est faite avec précaution, sans lésion rénale cliniquement appréciable même au bout d'un temps très long. N'est-ce pas encore là une complication opératoire inutile?

Nous ne dirons qu'un mot de la néphrorraphie transpéritonéale. Il semble admis par tous les chirurgiens que cette opération, beaucoup plus sérieuse que celles qui utilisent la voie lombaire, est une opération d'exception à laquelle on peut avoir recours, lorsque l'on a affaire à de gros reins suspects, à de vieilles hydronéphroses. Lorsqu'en un mot le chirurgien ne sait pas exactement quelle sera l'étendue des lésions qu'il pourra constater après l'incision de la paroi, et quels seront les rapports de ces lésions avec les organes voisins.

On doit l'éviter toutes les fois que l'infection péritonéale est à craindre. Le drainage est plus difficile que par la région lombaire. L'opération est elle-même plus délicate, elle se fait profondément par une ouverture abdominale peu étendue.

Llyod et Tuffier firent faire un grand progrès à la néphrorraphie en montrant quel était le rôle de la capsule fibreuse du rein. Tuffier la considérait comme recouvrant l'organe à la façon d'un vernis, l'individualisant, l'empêchant de contracter des adhérences avec les parties voisines. C'était l'obstacle principal, cause des premiers échecs. Il fallait donc pour fixer solidement la glande, détruire partiellement la capsule.

Guyon accepta d'abord cette manière de voir, puis il jugea que cette décortication n'était pas nécessaire. Mais pour fixer le rein plus solidement et plus haut il fit passer quelques fils suspenseurs par dessus la

douzième côte. Lucas-Championnière ne fait pas passer ses fils par dessus la côte, comme nous le verrons plus loin, il préfère enlever quelques fragments de la capsule et fixer directement la glande à la paroi.

CHAPITRE II

Procédé de choix.

Nous allons maintenant décrire un peu plus longuement la façon dont les malades qui ont fait le sujet de ces observations ont été opérés. Ce qui est intéressant ce n'est pas tant le procédé lui-même, qui ne diffère des procédés de Tuffier et de Guyon que par quelques détails, ce sur quoi nous voulons surtout insister c'est sur les résultats obtenus.

Nous décrirons donc d'abord le mode opératoire constamment employé par Lucas-Championnière au cours de ses interventions. Nous ferons ensuite la statistique des résultats obtenus. C'est, disons-le tout de suite, la meilleure qui ait été publiée jusqu'ici sur les opérations de fixation du rein.

On admet, en général, que le malade doit être placé dans le décubitus latéro-abdominal. On évite de le coucher sur l'abdomen, à cause des dangers que peut présenter cette position, du fait de la chloroformisation. Un autre inconvénient sérieux résulte de la

cambrure exagérée, que présente, dans ses conditions, la région lombaire, condition éminemment désavantageuse à une opération sur le rein, qui s'enfonce ainsi davantage dans la cavité abdominale. La courbure normale des lombes s'exagère, tandis que dans le décubitus latéro-abdominal elle prend la forme d'une voûte, ce qui facilite singulièrement au chirurgien les incisions qui doivent lui permettre d'arriver sur le rein. On peut encore placer un coussin pour rendre saillante la région où l'on va opérer.

Le décubitus latéral complet est une position inconmode pour l'opérateur. Aussi choisit-on la position intermédiaire : le décubitus latéro-abdominal.

L'incision, qui doit amener le bistouri sur la face postérieure du rein, n'est pas spéciale à la néphrorraphie ; elle est identique à celle que l'on a l'habitude de faire dans la néphrectomie extra-péritonéale.

On palpe la masse sacro-lombaire, de manière à la bien reconnaître, à la vue, et, au toucher ; puis on fait une incision selon le sillon qui la limite en dehors. Cette incision doit commencer sur le bord inférieur de la dernière fausse côte, et, s'arrêter au niveau de la crête iliaque.

Elle doit avoir cette étendue, surtout si l'on opère sur des femmes un peu grasses, afin d'avoir du jour, lorsque l'on est obligé d'aller profondément.

On coupe la peau, le tissu adipeux ordinairement très abondant, qui la double, puis, quelques fibres du grand dorsal en haut, du grand fessier en bas ;

et dans leur intervalle l'aponévrose lombaire. On arrive aussitôt sur le carré des lombes, on le décolle et, un aide spécial est chargé de l'écartier pendant toute la durée de l'opération.

Des pinces sont placées sur les branches artérielles lombaires que le bistouri rencontre ordinairement sur son chemin.

Cette incision paraît beaucoup préférable à celle de Simon, qui descend verticalement du bord supérieur de la onzième côte, au milieu de l'espace compris entre la douzième côte et la crête iliaque. Par ce dernier procédé, on obtient une ouverture beaucoup trop étroite et située un peu haut.

Il est de plus indispensable que le champ opératoire soit étendu pour pouvoir passer facilement dans la substance corticale du rein les fils qui doivent attacher l'organe à la partie supérieure de la plaie, et pour pouvoir diviser méthodiquement le feuillet postérieur de la capsule cellulo-adipeuse.

De plus Simon conduit son incision à travers le carré des lombes ; elle est sans doute mieux en rapport avec ce que nous apprend l'anatomie normale du rein. Sur le cadavre on arrive directement avec cette incision sur la partie moyenne de l'organe. Nous savons en effet que son bord convexe est éloigné de deux travers de doigt de la ligne des apophyses transverses (*Vanneufville*). Mais, en cas d'ectopie rénale les rapports ordinaires de la glande sont modifiés, son atmosphère grasseuse est large et

lâche, et en incisant sur le bord externe du carré des lombes on arrive constamment sur la partie moyenne du rein, surtout si l'on a pris la précaution de faire écarter en dedans, par un aide, la masse sacro-lombaire. En agissant ainsi, on n'a pas l'inconvénient que l'on pourrait avoir sur un individu normal, d'arriver en dehors du rein sur le péritoine.

Il y a en outre intérêt à ce que la plaie saigne le moins possible, et ne vienne pas salir constamment le champ opératoire.

Il est donc bien préférable de faire suivre à l'incision le bord externe du carré des lombes; à condition toutefois de le faire récliner en dedans, pour ne pas s'exposer à ouvrir la cavité péritonéale.

Non pas que cet accident soit grave en lui-même. Il s'est produit assez souvent sans grand dommage pour le malade, de même d'ailleurs que l'ouverture de la cavité pleurale. Si les instruments employés sont aseptiques, les suites opératoires ne sont pas modifiées. Mais, on n'est jamais sûr de son asepsie, on est à la merci d'un détail. Aussi, faut-il éviter soigneusement cette complication, bien qu'elle ne soit pas grave en elle-même.

Bruns fait une incision verticale, qui commence au bord supérieur de la douzième côte, pour finir à la crête iliaque. Il la fait passer, en dehors du carré des lombes, ce qui est préférable comme nous l'avons vu. Mais, il est ainsi conduit à faire une résection partielle sous périostée de la douzième côte. C'est une complication opératoire inutile. On obtient un

jour très suffisant sans faire aucune résection costale. C'est donc la première des incisions que nous avons décrites qui paraît préférable et qui a été adoptée par J. Lucas-Championnière (1887) au cours des nombreuses opérations faites par lui, opérations que nous avons résumées plus loin.

Comme nous venons de le voir le premier temps de la néphrorraphie ne lui est pas particulier. Il ne diffère pas de celui de la néphrectomie. Toutefois dans la néphroptose une incision faite un peu bas et un peu en dehors n'a pas les mêmes inconvénients que lorsqu'il s'agit de faire une néphrectomie sur un rein normalement situé.

Lorsqu'il y a ectopie rénale, l'atmosphère cellulo-graisseuse du rein est élargie, abaissée, aussi n'y a-t-il pas intérêt à ouvrir le carré des lombes.

L'incision faite, les fibres musculaires écartées, on sectionne avec précaution le tissu cellulo-graisseux qui l'enveloppe et bientôt on se trouve en présence du rein. Mais celui-ci n'occupe pas sa position normale, il faut le ramener dans sa loge, ce qui n'est pas toujours facile, surtout dans les néphroptoses anciennes.

La glande en effet a pu contracter des adhérences au point où elle a élu momentanément domicile. Ces adhérences sont quelquefois très gênantes pour le chirurgien surtout lorsqu'elles relient la glande à des tissus friables comme le sont les tuniques intestinales.

C'était autrefois une grosse difficulté. On avait toutes les peines du monde à amener le rein à la paroi.

Aujourd'hui l'inversion du corps simplifie ce temps de l'opération.

L'organe mis à nu, il faut le dénuder partiellement. La capsule propre est un obstacle qui joue un très grand rôle dans la néphropexie. C'est elle qui empêche le rein de se fixer en un point quelconque de l'abdomen. Cette capsule est lisse, mince, peu résistante, presque dépourvue d'éléments vasculaires, entièrement fibreuse. Elle constitue pour le rein, comme l'a montré Tuffier (1889), une membrane isolante qui le défend contre les inflammations péri-rénales comme elle protège l'atmosphère graisseuse contre les phlegmasies qui prennent naissance dans le parenchyme glandulaire. En un mot elle assure la vitalité indépendante de l'organe.

De ces notions physiologiques découle une application thérapeutique immédiate. Il est nécessaire, si l'on veut obtenir des adhérences suffisamment résistantes, de détruire en partie cette couche isolante.

Il faut une cicatrice susceptible de résister par la suite à une force considérable. Le rein est lié par des faisceaux fibreux à d'autres organes au cœcum notamment qui dans certaines conditions tend à descendre et l'entraîne avec lui.

Il ne suffit pas pour le maintenir d'avoir des brides celluleuses, celles-ci molles et diffluentes, dépourvues de toute propriété plastique, sont absolument incapables de résister à la glande qui tire sur elles d'une

façon constante. La mobilité reparaît au bout de quelques mois, il ne peut en être autrement.

Aussi est-il indispensable d'enlever par places la capsule propre. Cela est si vrai que les adhérences se produisent aux points seuls où elle n'existe plus. On peut donner aux dénudations une étendue quelconque, les multiplier, les faire en des points différents, toujours les adhérences se produisent exactement aux endroits où la capsule a été détruite. Il se forme du tissu fibreux qui part du parenchyme glandulaire, traverse les espaces dénudés, et va se terminer sur les diverses lames aponévrotiques de la région.

Mais la décortication du rein a un inconvénient, elle diminue la résistance de l'organe qui se laisse plus facilement déchirer par les fils. La capsule propre isolée n'a qu'une très faible résistance ; lorsqu'elle est intacte et unie au rein elle augmente beaucoup sa solidité.

On remédie à cet inconvénient en plaçant des fils multiples, qui maintiendront la glande pendant un temps suffisant, jusqu'à ce que les tractus fibreux qui se seront formés viennent doubler, puis remplacer les points de suture.

Il est inutile d'essayer de retenir le rein déplacé en passant des fils dans la couche cellulo-adipeuse qui l'enveloppe. Elle cède trop facilement. On n'obtient que de molles adhérences tout à fait inutilisables. Les résultats obtenus en sont la preuve. Les sutures ainsi faites ne tiennent pas, aussi les récidives fréquentes firent-elles abandonner complètement

cette manière de faire, qui n'a plus maintenant qu'un intérêt historique.

Il faut donc pénétrer hardiment dans la substance propre de la glande au moyen de fils gros et multiples. Le rein est très tolérant aux traumatismes, il a peu de tendance à la suppuration et supporte très bien les corps étrangers aseptiques. Ceux-ci cependant marquent leur passage d'une façon assez notable au microscope.

Sur le trajet des fils, les tubes contournés ne se colorent plus par l'hématoxyline. Les cellules sont séparées les unes des autres, elles restent grises et forment des masses finement granuleuses au milieu desquelles on n'aperçoit pas trace de noyau. Ou bien complètement détachées elles s'accumulent et oblitèrent les conduits urinifères. Les tubes contournés qui ont été coupés et séparés des tubes excréteurs dégénèrent. On trouve de plus, entre la capsule et le glomérule, appliqué sur ce dernier, un exsudat granuleux en forme de croissant. Enfin on aperçoit çà et là sur les coupes à travers les tubes droits des éléments embryonnaires et quelques globules rouges. Si l'on cherche à la périphérie de la lésion, on aperçoit à mesure que l'on s'éloigne du centre la coloration par l'hématoxyline, qui reparaît de plus en plus intense bien que les cellules glandulaires présentent encore certaines modifications de leur structure propre et ne soient pas encore bien nettes. L'épithélium rénal est donc très sensible et s'altère sous la moindre influence bien que cette altération soit peu visible macroscopi-

quement. Aussi beaucoup de chirurgiens cherchèrent-ils à fixer directement le rein sans pénétrer dans sa substance propre. C'était exagérer l'importance des lésions. Celles-ci sont très bien compensées par l'hypertrophie de l'organe lésé. Les reins mobiles se voient surtout chez des individus relativement jeunes chez lesquels la tendance à la sclérose est encore peu marquée, la mobilité exagérée en est une preuve, aussi la substance glandulaire réagit-elle facilement en créant de nouveaux tubes sécréteurs pour remplacer ceux qui ont été détruits. Ceci est un fait clinique indiscutable.

Aussi n'y a-t-il pas lieu de s'inquiéter beaucoup de la légère mortification glandulaire déterminée par le passage des fils.

On se servira de gros fils de catgut. La soie détermine de plus grands désordres, elle est plus irritante, prête plus facilement à la suppuration, et les lésions qu'elle cause, appréciées au microscope, sont plus étendues.

D'ailleurs ces sutures ne sont pas définitives, elles ne sont destinées qu'à maintenir temporairement la glande, en attendant que des adhérences solides se soient formées. Ce sont ces adhérences qui fixeront plus tard le rein dans sa loge. Aussi a-t-on tout intérêt à se servir de substances résorbables. La soie est de plus trop coupante. Les orifices qu'elle détermine s'agrandissent rapidement. C'est pour cette raison que l'on doit préférer des fils de catgut un peu gros. C'est encore pour cette raison qu'il ne faut pas trop

serrer les sutures, on risquerait bien inutilement de déchirer la substance corticale, le rein n'étant définitivement fixé que secondairement.

Delagenière étudiant expérimentalement sur des lapins quelle était l'importance des lésions déterminées par la soie comparativement à celles déterminées par le catgut arrive à conclure que ces lésions sont comparables et que l'on peut se servir indifféremment de l'une ou de l'autre de ces substances. Mais ses expériences n'ont duré qu'un temps très limité, et ce qui est important ce sont les troubles déterminés après une longue échéance par le traumatisme rénal. Il semble *a priori* qu'une substance qui disparaît rapidement par résorption doit présenter moins d'inconvénients qu'une autre non résorbable qui reste incluse dans l'organe d'une façon permanente, jouant le rôle d'un corps étranger.

Les fils devront être multiples. L'innocuité des piqûres du rein est démontrée. Un seul fil ou une paire de fils seraient tout à fait insuffisants, ils ne pourraient pas résister, et, la mobilité ne tarderait pas à reparaître, au prix d'une déchirure de la glande. Il y a intérêt à ce que les fils soient horizontaux, ils coupent d'autant moins qu'ils sont plus horizontaux. On les passe ordinairement par paires ; le plus souvent on en met trois ou quatre paires.

Les orifices, créés par le passage de l'aiguille, saignent quelquefois assez abondamment. Il n'y a pas lieu de s'en préoccuper, il ne se produit jamais d'hé-

morrhagies graves. Elles cèdent rapidement à une compression légère.

Après avoir traversé la glande à quelques centimètres de sa surface les fils seront directement conduits à travers la paroi musculaire. Les fils tiennent suffisamment et peuvent être facilement passés assez haut pour fixer l'organe dans une bonne position. Il est donc inutile de suspendre l'organe à une côte selon le procédé de Guyon. On risque ainsi d'ouvrir la plèvre, ce qui est une complication légère, il est vrai, puisque le résultat n'en est pas, le plus souvent, modifié, mais qui cependant doit être évitée. C'est de plus un temps opératoire délicat qui peut être supprimé.

Le rein une fois maintenu dans sa loge. Il faut reconstituer la paroi. Ce temps opératoire n'est pas particulier à la néphrorraphie, nous ne nous y arrêtons pas. Les deux lèvres de la plaie sont réunies au moyen de crins de Florence, on en met habituellement huit ou neuf. De plus il faut drainer. Il se produit fréquemment de petits hématomes immédiatement sous la paroi. Le drainage permet d'éviter les collections sanguines et d'enlever les caillots qui les constituent.

Après l'opération on fait un pansement aseptique, par dessus lequel on place un bandage de corps avec sous cuisses pour éviter qu'il ne remonte les jours suivants.

La malade est ensuite couchée dans son lit la tête basse, elle doit garder le repos absolu, la peau ne doit

pas subir de tiraillements. On obtient ainsi une cicatrisation plus rapide.

Huit jours après on ôte les fils cutanés et le drainage.

Complications.

Les complications qui peuvent se produire au cours de l'opération sont peu nombreuses. C'est d'abord l'ouverture du péritoine. On peut l'ouvrir, soit par suite d'une incision portant trop en dehors, comme celle que l'on a l'habitude de faire en suivant le bord externe de la masse sacro-lombaire. Il faut alors récliner fortement en dedans la masse musculaire sans quoi l'on risque d'ouvrir la séreuse. Elle peut encore se faire, par suite d'une anomalie, qu'il est impossible de prévoir. Mais grâce aux précautions antiseptiques actuelles, c'est plutôt un léger accident qu'une véritable complication.

On peut encore ouvrir la cavité pleurale. C'est cet écueil qui fit abandonner la méthode de Bruns et de Paoli d'après laquelle on devait réséquer en partie la douzième côte. Cette complication n'est pas nécessairement grave, loin de là ; elle est cependant assez ennuyeuse. Elle n'est pas très fréquente surtout lorsque l'on fait l'incision un peu bas en partant du bord inférieur de la douzième côte comme on tend à le faire actuellement.

On trouve chez quelques sujets un rein très adhérent. On a beaucoup de peine à l'amener à la paroi. Il se présente même des cas dans lesquels les adhé-

rences sont tellement serrées, qu'il est impossible de les rompre sans risquer de léser l'organe.

Dans ces cas heureusement très peu nombreux, le chirurgien est à peu près désarmé. Il se contente de prendre la plus grande partie possible de la capsule adipeuse, et, de la suturer à la paroi, comme l'a fait Turgard chez un malade de ce genre. Le résultat fut que, deux mois après, la mobilité et les accidents avaient reparus. Terrillon cite également un cas où pour la même raison il ne put amener le rein dans la plaie. Il se borna de même à suturer la capsule adipeuse.

Après l'opération, on peut avoir de l'hématurie et de l'oligurie. Ces faits ne s'observent pas très souvent, ils n'ont rien d'alarmant. Tout rentre dans l'ordre, au bout de quelques jours. L'analyse de l'urine ne révèle aucun trouble de la sécrétion.

Quelquefois après l'intervention on a du collapsus. On ne sait pas toujours à quoi l'attribuer. En tout cas, il ressort de nombreuses observations que cet accident n'est en général suivi d'aucune suite fâcheuse. On l'a mis quelquefois sur le compte d'un hématome rétro-péritonéal, cet accident doit être assez rare. Il faut cependant toujours drainer la plaie opératoire, les petits hématomes sont très fréquents, surtout si les reins sont mous; bien qu'ils ne soient pas dangereux, ils compliquent cependant les suites de l'intervention.

Nous ne parlerons que pour mémoire de la hernie

rénale, complication rare, surtout avec les procédés actuels de suture.

La suppuration est un accident facile à éviter. Le rein est très tolérant pour les corps étrangers aseptiques. Les fils de soie qui le traversent restent souples, un peu brunis, sans qu'il y ait de dépôt à leur surface. Il est encore bien plus tolérant pour les fils de catgut facilement résorbés, corps aussi peu étrangers que possible.

Quelquefois, après les premiers pansements, on voit quelques gouttes de pus autour des crins superficiels ; fait banal, qui ne mérite pas de nous arrêter.

Les complications de la néphrorraphie sont, nous le voyons, peu nombreuses et peu dangereuses. Aussi, ne serons-nous pas étonnés de voir, par la suite, cette intervention devenir de plus en plus bénigne, à mesure que le manuel opératoire se précise davantage. Sur les 46 observations, qui résument la totalité des interventions faites sur les reins mobiles les plus divers, dans le service de M. Lucas-Championnière, nous n'avons pas trouvé une seule qui ait été suivie d'un dénouement fatal.

CHAPITRE III

Résultats obtenus.

Un bon procédé de néphrorraphie, disait Jonnesco au congrès international de chirurgie de Moscou, 1897, doit remplir trois conditions :

- 1^o Il doit être d'une bénignité absolue ;
- 2^o Il doit assurer la fixation définitive du rein dans une bonne position ;
- 3^o Il doit enfin altérer le moins possible le tissu rénal.

Le procédé que nous venons de décrire me paraît remplir ces trois conditions. Tuffier, Albarran, Rochet, accusent une mortalité de trois pour cent environ. Sur les 46 opérés de Lucas-Championnière nous ne trouvons pas un seul cas mortel. Ce n'est donc pas une opération grave. La mortalité est presque nulle, et à moins que l'on n'opère des vieillards cachectiques ou des diabétiques on a tout lieu de s'attendre à un bon résultat. Il n'y a pour ainsi dire pas de complications opératoires sérieuses.

D'autre part la fixation paraît définitive. Sur aucun des malades opérés on n'a observé de récurrences et plusieurs ont été revus 10 et 15 ans après. Chez quelques-uns on a pu sentir le rein parce que celui-ci avait été primitivement fixé un peu bas; mais il restait immobile et il était impossible de le déplacer.

L'altération du tissu rénal n'est pas sensible puisqu'aucun des malades n'a présenté de troubles de la sécrétion cliniquement appréciables. Aucun n'a eu par la suite de troubles généraux qui puissent être attribués à une élimination insuffisante des déchets de la vie organique. Il est curieux de voir le rein, cette glande si sensible aux variations des conditions du milieu intérieur, résister aussi bien aux traumatismes. Si les intoxications lentes ou répétées ne sont pas venues fatiguer le rein, diminuer l'activité sécrétoire des cellules des tubes contournés, l'hypertrophie et la multiplication de leurs éléments compenseront rapidement les lésions légères causées par le traumatisme.

Enfin les malades ont retiré un grand bénéfice de l'opération. Que l'ectopie rénale soit liée comme le veut *Glénard* à une ptose généralisée, qu'elle ne soit qu'un des éléments d'un état pathologique étendu, elle n'en est pas moins l'élément principal.

Ce qui domine dans le tableau clinique de cette affection, ce sont les troubles nerveux déterminés par le déplacement de l'organe. Beaucoup de reins très mobiles restent silencieux, d'autres à peine déplacés s'accompagnent de symptômes douloureux gastriques

ou névropathiques extrêmement accusés. Il y a là une question d'hérédité et de terrain. Un rein flottant ne déterminera pas de l'hystérie chez un individu qui n'y sera pas prédisposé. Il semble en outre que ces troubles puissent être attribués aux tiraillements que subissent les capsules surrénales qui, elles, restent fixes et se séparent du rein au moment où il descend dans l'abdomen.

La mobilité n'est pas une explication suffisante de la douleur. Peut-être les symptômes nerveux et douloureux que l'on observe dans certaines circonstances doivent-ils être attribués à la séparation plus ou moins nette, plus ou moins difficile, de ces deux organes et aux tiraillements qui en sont la conséquence.

En tous cas l'observation clinique est très affirmative sur ce point. Le rein est-il replacé dans sa loge, tous les troubles disparaissent. Redescend-il à nouveau à la suite d'une récurrence, les troubles de reparaitre aussitôt. Abarran rapporte sur ce sujet une observation recueillie dans le service de Guyon, observation particulièrement intéressante, publiée dans la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale* (1895).

Il s'agissait d'une femme de 30 ans qui n'avait rien présenté d'anormal dans ses antécédents héréditaires ou personnels jusqu'en 1891. Elle présente alors de vives douleurs abdominales et on lui fit une hystérectomie vaginale à l'hôpital Saint-Louis, dont les suites opératoires furent simples. Mais pendant dix-huit mois elle ne put se lever et souffrit de coliques, de crises urinaires, de douleurs dans le côté droit, cal-

mées seulement par l'application des deux poings dans l'hypocondre droit. Ces phénomènes apparurent peu de jours après l'opération.

Quand elle commença à se lever, elle dut rester encore six mois sans pouvoir travailler, et depuis cette époque les douleurs n'ont jamais disparu.

Son caractère a notablement changé ; elle est devenue irritable, nerveuse, et présente en surplus des phénomènes éruptifs passagers vers la nuque, des troubles dyspeptiques accusés avec pituites : elle a maigri de vingt-cinq livres.

La paroi abdominale est bonne.

Les urines sont normales.

Il n'y a rien du côté du rein gauche.

Quand la malade fait de grandes inspirations, les deux tiers de l'organe viennent au-dessous des côtes et le rein prend une direction particulière. D'ordinaire il descend, ou bien suivant la verticale, ou bien en obliquant un peu en dehors, s'extériorisant pour ainsi dire, mais le plus souvent verticalement.

Chez cette malade, sous l'influence de la seule respiration, le rein descend en obliquant en dedans son extrémité inférieure et s'avance assez près de l'ombilic. Le fait s'accroît dans le décubitus latéral gauche.

Quand elle se couche sur le côté gauche, elle éprouve immédiatement du malaise, et ce n'est qu'au bout de quelques minutes que la douleur vraie apparaît ; c'est qu'alors le déplacement vient de se compléter par l'effet de quelques inspirations ; c'est donc bien sous l'influence du déplacement qu'elle souffre. La

contre-épreuve est probante : notre sujet fait cesser la douleur en se mettant sur le ventre et le côté droit en position mixte.

L'examen par le vagin, et surtout par le rectum, de la cicatrice d'hystérectomie, la montre un peu plus épaisse à droite qu'à gauche ; mais la différence est minime et dans son ensemble la cicatrice est souple.

On a alors cherché l'explication de la douleur du côté des uretères. L'examen direct par la cystoscopie a montré que le débit était égal des deux côtés. Donc pas d'obstacles sur l'uretère droit, pas de mise en tension du rein droit.

Au point de vue de l'état général, c'est une grande douloureuse.

L'opération dura environ 20 minutes. Les suites en furent d'abord très préoccupantes à cause de l'état hystérique du sujet. Oligurie réflexe pendant trois jours, vomissements, pas de fièvre, urines claires. Des injections sous-cutanées de caféine, un peu de sérum artificiel et l'administration de café firent rapidement tout rentrer dans l'ordre, et à la date du 2 décembre la malade pouvait être considérée comme guérie. La cicatrisation s'est terminée dans les meilleures conditions. L'état nerveux s'est très sensiblement modifié. On fit cesser la cause provocatrice qui incessamment réveillait l'état aigu et tout rentra dans l'ordre.

Chez une précédente malade (n° 9 salle Laugier) après un grand soulagement de six ou sept mois dû à une néphropexie les accidents ont reparu ; cette

femme est redevenue une douloureuse, le rein de nouveau très mobile se retrouvait jusque dans la fosse iliaque. Il n'y avait pas d'hydronéphrose. On prit soin de fixer le rein solidement et bientôt toute sensation douloureuse disparut de nouveau.

Parmi les malades, dont nous avons publié les observations plus loin, un certain nombre ont été complètement guéries. Toutes ont été considérablement améliorées. Pour les unes l'amélioration a été immédiate, dès le lendemain de l'opération elle était considérable ; pour d'autres, elle a été plus lente à se manifester. Il a fallu plusieurs semaines pour voir peu à peu s'apaiser les phénomènes douloureux ou névropathiques. Ces derniers sujets souffraient depuis de longues années.

La constance de ces résultats est telle qu'elle paraît en contradiction absolue avec la théorie de Glénard qui fait dépendre la ptose rénale d'une entéroptose ; car il suffit de fixer le rein pour faire disparaître tous les accidents morbides, sans qu'il soit pour cela nécessaire de maintenir les viscères au moyen d'une ceinture ou d'un bandage. Dans les cas que nous avons publié ici aucun soutien n'avait été fait ; pas un seul n'a récidivé. Les malades ont repris leurs occupations habituelles, quelques-unes ont eu des grossesses répétées sans que pour cela leur rein se soit à nouveau déplacé. Toutefois il ne peut être qu'utile après l'opération de soutenir l'abdomen des malades au moyen d'une ceinture de tissu très souple.

La néphropexie fait plus que donner d'une manière

permanente le bénéfice que procure temporairement le décubitus latéro-abdominal. Elle remet mieux l'organe en rapport avec les divers tissus qui l'environnent normalement, et surtout, elle le remet en contact avec les capsules surrénales. C'est une opération bénigne et facile à exécuter. Elle fait disparaître la presque totalité de l'état morbide, après quoi, on peut traiter l'état névropathique. Vouloir traiter par exemple l'hystérie sans fixer le rein, cela paraît être une thérapeutique défectueuse.

Toutes les opérations que nous allons maintenant décrire ont été faites par J. Lucas-Championnière.

Les interventions chirurgicales dans les cas de reins flottants sont bien trop nombreuses actuellement pour que l'on puisse en donner une statistique exacte. Nous avons pensé de plus que les statistiques personnelles des chirurgiens qui ont une grande habitude de ces opérations montrent mieux que les statistiques globales les excellents résultats qu'est susceptible de donner la néphrorraphie entre des mains expérimentées.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Rein mobile douloureux avec impotence du bras droit. Néphrorraphie par M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Malade revue 14 ans après l'opération, excellent résultat.

Jeanne F..., couturière, âgée de 31 ans.

Observation déjà publiée dans la thèse de P. Delagenière en 1892 ; mais malade suivie depuis et revue 14 ans après l'opération.

Entrée dans le service le 6 juin 1888, pour un rein flottant à droite dont elle souffre d'une façon constante depuis 2 ans. Douleurs très vives irradiées.

La malade se sert difficilement de son bras et de sa main droite.

Opérée le 18 juin. L'opération a duré 40 minutes. Incision en dehors de la masse sacro-lombaire. Le rein est refoulé avec la main. On passe cinq catguts avec l'aiguille courbe à travers la substance rénale. Sept catguts sur les plans musculaires. Drain. Suture superficielle avec 18 crins.

Immédiatement après l'opération, disparition de la faiblesse du bras et de la main droite. La malade sort le 8 juillet en très bon état. Revue le 10 juin 1891, puis le 6 janvier 1892, le membre supérieur droit a repris toute sa vigueur. L'état général est très bon. Revue à plusieurs reprises en 1901. Treize ans après l'opération, elle ne souffre plus et est dans un état de santé parfaite. Il n'y a pas eu de suppuration. Les fils ont été résorbés.

OBSERVATION II

Rein mobile douloureux. Néphrorraphie par M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. L'opération remonte à 15 ans. Sort en bon état.

Alix J..., tailleuse, 48 ans. Entrée à l'hôpital le 11 février 1889 pour un rein flottant à droite. Cinq enfants, le dernier il y a 10 ans. Elle souffre depuis cinq ans à la suite d'un choc.

Opérée le 4 mars 1889 en 45 minutes. Incision lombaire. On arrive facilement sur le rein que l'on dénude sur une petite étendue. Deux fils sont passés à travers les capsules propres, la capsule graisseuse et les muscles, sept crins de Florence. Drain.

Sortie le 5 avril 1889 en bon état, elle souffre encore un peu en marchant.

OBSERVATION III

Rein mobile douloureux opéré par M. J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE il y a 15 ans. Rein bien fixé.

Julie M..., 54 ans (Thèse Paris, 92 Delagenière) entre le 12 avril 1889 pour un rein flottant à droite dont elle souffre depuis quatre ans. Elle a eu en 1870 une tumeur (?) du côté droit. Pas d'enfants. Douleurs dans la station debout ; elle souffre encore au lit. On trouve dans le flanc droit une tumeur mobile et remontant vers le foie.

Néphrorraphie le 18 avril. Durée 65 minutes. Incision en dehors de la masse sacro lombaire. Peu de sang, sept catguts dans la

substance rénale et dans la capsule onze crins de Florence sur la peau. Drain.

A sa sortie (18 mai) elle va beaucoup mieux, marche très bien.

Revue le 30 janvier 1892, elle se plaint de douleurs vagues mais le rein est bien maintenu.

OBSERVATION IV

Rein mobile à droite. Néphrorraphie par M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

Revue en 1903 quatorze ans après l'opération. Rein probablement unique, bien fixé.

M. R..., âgée de 33 ans. (*Idem*, n° 42). Elle souffrait d'un rein flottant à droite pour lequel elle fut opérée le 28 avril 1889. Le lendemain troubles très marqués de la sécrétion urinaire. L'état général est mauvais. Les urines émises en grande quantité sont sales (hydronéphrose probable). Puis tout rentre dans l'ordre.

Revue en janvier 1890. La malade toujours nerveuse souffre encore, mais moins, au niveau du rein. Celui-ci bien fixé dans la région lombaire est très volumineux et fait une saillie nette en avant. La loge rénale du côté gauche paraît vide. Peut-être s'agit-il là d'un rein unique.

On reçoit en 1903 des nouvelles de la malade. Son rein est bien fixé elle n'en souffre plus du tout.

En palpant son abdomen on lui trouve un fibrome utérin.

Quatorze ans après l'opération la malade ne présente aucun trouble du côté de la sécrétion urinaire bien que son rein soit probablement unique. Il est indolore et reste fixé dans sa loge.

OBSERVATION V

Rein mobile à droite. Néphrorraphie par M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

Revue en 1902 douze ans après son opération. Trois enfants depuis, le rein n'a pas bougé.

(*idem* n° 44).

M. M..., 29 ans, entrée le 12 mai 1890 pour une ectopie rénale droite. On peut faire descendre le rein jusque dans la fosse iliaque. Rien à gauche.

Opérée le 19 mai en 35 minutes. On incise obliquement la région lombaire depuis la douzième côte jusqu'à la crête iliaque sur le bord externe du carré des lombes que l'on recline en dedans. On arrive sur la bande de graisse rétrocolique et le colon.

Le rein très mobile est maintenu en dedans du colon par un aide spécial.

On passe trois catguts doubles, un vertical, deux horizontaux, et un peu obliques au niveau des extrémités du premier.

On dédouble ces catguts et sans dénuder le rein de sa capsule propre on passe successivement les deux extrémités des six catguts à travers le plan musculaire et aponévrotique profond en commençant par les fils supérieurs.

Le rein est fixé au moyen de trois catguts doubles. Le fil est ensuite passé à travers l'atmosphère graisseuse rétrocolique. On les lie mais en les serrant peu.

Pas de ligatures des plans musculaires, neuf crins de Florence sur la peau. On laisse en haut un interstice par lequel les liquides de lavage pénètrent dans la loge rénale.

La malade sort le 17 juin, elle va très bien et ne souffre plus.

Revue en 1902, douze ans après son opération, elle a eu trois

enfants depuis, le rein n'a pas bougé. Elle présente actuellement une hernie ombilicale.

OBSERVATION VI

Rein mobile, crises nerveuses ; opéré par M. J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE il y a 14 ans. Bons résultats. Disparition des crises nerveuses.

(*idem* n° 45).

Jeanne V..., journalière, 33 ans. Elle a eu cinq enfants. Le premier il y a 13 ans ; elle souffre depuis lors et a des attaques hystériformes. Elle entre à l'hôpital le 16 juillet 1890, on lui trouve une ectopie rénale droite.

Opérée le 12 août. Incision sur le bord externe de la masse sacro-lombaire. Le rein difficile à saisir est fixé par deux fils doubles, l'un à la partie supérieure, l'autre au tiers inférieur de l'organe. Sutures. Drain.

Revue en septembre 1891. Les crises nerveuses ont disparu, l'état général est bon, le rein est bien fixé. Enfin les douleurs qu'elle avait au niveau de l'ovaire droit ont disparu et les règles autrefois très douloureuses sont devenues normales.

OBSERVATION VII

Rein flottant douloureux à droite. Néphrorraphie il y a 15 ans.

J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

(*idem* n° 46).

Maria B..., 27 ans. Entre à l'hôpital le 7 janvier 1891. Elle souffre dans le ventre depuis son dernier accouchement, Dans le flanc droit on trouve une tumeur mobile formée par le rein.

Opérée le 26 janvier. Incision lombaire. Trois catguts doubles sur le rein et les muscles. Sutures. Drain.

OBSERVATION VIII (inédite).

Rein mobile, néphrorraphie par M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE il y a
13 ans.

Blanche D..., lingère, 38 ans. Entrée le 18 février 1891. On trouve dans la fosse iliaque gauche une tumeur mobile qui est le rein. Il y a en même temps des douleurs annexielles et un écoulement vaginal abondant.

Opérée le 9 mars. Incision lombaire. Le rein difficile à ramener est fixé par quatre fils. Suture. Drain.

Sortie le 4 avril. Suites très simples.

OBSERVATION IX (inédite)

Rein flottant. Néphrorraphie par M. J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE
Revue six ans après. Rein bien fixé.

Victoria B..., 32 ans, fleuriste. Entrée dans le service le 1^{er} août 1891 pour un rein flottant à droite. Elle souffre depuis six ans dans le flanc droit. Ces douleurs augmentent dans les derniers temps. La malade a une sensation de brûlure dans le côté droit.

Néphrorraphie le 6 août. Grande incision lombaire oblique. Trois paires de gros fils de catgut fixent le rein. Sutures perdues. Drain. Sortie le 28 août en bon état.

Revue six ans après en novembre 1897. L'état général est bon. Elle a depuis quinze jours des douleurs abdominales vagues peu intenses. On ne sait à quoi les attribuer. Le rein est bien fixé

dans sa loge ; il n'est pas douloureux à la pression. Il n'y a pas de douleur rénale.

OBSERVATION X (inédite).

Pus dans les urines. Rein flottant à droite. Néphrorraphie
par M. J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

Revue cinq ans après. Rein bien fixé.

Annette S..., 33 ans, ménagère.

A l'âge de 33 ans la malade eut un violent traumatisme de la région lombaire droite. Il y a 10 ans nouveau traumatisme. Chute dans un escalier. Anurie pendant quatre jours, douleurs lombaires. La malade était alors enceinte, pas d'hématurie. Quatre couches normales, la dernière il y a six ans. Depuis, la malade a constamment souffert.

Il y a quatre ans tumeur lombaire droite très douloureuse qui disparut après quelques semaines de durée. Il y avait du pus dans les urines.

L'élimination de pus alternait avec des mictions normales. Ces phénomènes durèrent quatre à cinq jours, depuis il ne s'est rien produit de semblable.

On sent dans l'hypochondre droit une tumeur dure et douloureuse.

Opérée le 28 juin 1892. On incise la région lombaire. Le rein est très mobile, il ne paraît pas très gros, sa substance est d'aspect sain.

Deux fils doubles de gros catguts sont passés à travers le rein et fixés en arrière aux muscles.

On laisse un gros drain dans la plaie.

Suture de la paroi au moyen de sept crins de Florence.

La malade va très bien, le rein est bien immobilisé.

Au point de vue de l'examen urinaire, on note une augmentation considérable de l'urine qui passe de 500 grammes au jour de l'opération à 1600 grammes dix-huit jours après. L'urée augmente le lendemain, elle est de 34 gr. 07 par jour, puis diminue et arrive à 18 gr. 45 le 16 juillet.

On trouve à diverses reprises des globules de pus dans le sédiment. Cette femme a présenté une tuméfaction douloureuse des annexes droites.

On lui a fait un curettage en 1890.

Les suites opératoires furent très simples. Il n'y a pas eu élimination de fils.

Revue cinq ans après. Il n'y a pas de douleur à la pression dans l'hypocondre droit. On ne trouve rien du côté du rein, il paraît bien fixé dans sa loge.

OBSERVATION XI (inédite).

Rein flottant douloureux à droite. Néphrorraphie par M. J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Revue au bout de 10 ans complètement guérie.

Amélie V..., 37 ans, ménagère. Entrée à l'hôpital en février 1893; Elle souffre depuis plusieurs années dans le côté droit. Ces douleurs vont s'accroissant. Elles sont actuellement très marquées. A la palpation on trouve à droite un rein flottant.

Néphrorraphie le 2 mars 1893. Incision lombaire. On récline en dedans le carré des lombes. On arrive facilement sur le rein que l'on dénude et que l'on fixe à la paroi au moyen de gros fils de catgut.

Sutures. On laisse un orifice à la partie supérieure de l'incision pour le drainage.

La malade sort le 5 avril. Elle se porte très bien et se réjouit surtout de pouvoir marcher sans douleur aucune.

Revue au bout de 10 ans le 21 janvier 1903. Elle est complètement guérie. Le rein est bien fixé, il n'a jamais été douloureux depuis l'opération.

OBSERVATION XII (Inédite).

Rein mobile douloureux à droite. Néphrorraphie par M. J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, il y a 11 ans.

A. B..., ménagère, 40 ans: Entre dans le service pour une ectopie rénale droite. Néphrorraphie le 16 mars 1893. Incision sur le bord externe du carré des lombes. Dénudation et fixation du rein au moyen de gros catguts: Sutures et drainage.

Sortie en bon état. Pas d'élimination des fils de catgut.

OBSERVATION XIII (Inédite).

Rein mobile droit. Troubles neurasthéniques et gastriques. Anne-xite double. Néphrorraphie par M. J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Revue 10 ans après l'opération. Résultat très satisfaisant.

Maria B..., couturière, 37 ans. Entrée à l'hôpital Saint-Louis pour une annexite double ; elle y fut opérée le 11 juillet 1892. On fit une hystérectomie vaginale.

A partir du mois de novembre, douleurs abdominales générales surtout marquées du côté droit. Digestions difficiles. Vomissements. Dilatation d'estomac. Troubles neurasthéniques. Ectopie rénale droite.

Opérée le 13 juin 1893. Incision lombaire. Le rein est facilement abordé. Il est fixé à la paroi musculaire par cinq fils de gros catgut.

Suture de la plaie opératoire avec sept crins de Florence. On met un drain. Les suites furent très simples. La quantité d'urines émises qui était avant l'opération de 300 grammes passent à 500 puis à 1500 grammes. L'urée passe de 9 gr. 98 à 19 gr. 07 en 24 heures.

Revue en mars 1903, dix ans après l'opération, en très bon état.

OBSERVATION XIV (Inédite).

Rein mobile opéré dans le service de J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

Revue sept ans après l'opération. Etat très satisfaisant.

Alice F..., giletière. Il s'agit d'une femme de 21 ans qui entra à l'Hôtel-Dieu pour un rein flottant à droite.

Elle fut opérée le 13 mars 1894. Incision lombaire suivant le procédé déjà indiqué. Dénudation du rein. Fixation à la paroi musculaire au moyen de catguts gros et multiples.

Elle sort rétablie le 20 avril 1894. Revue 7 ans après le 19 mars 1901. Son état est très satisfaisant.

OBSERVATION XV (Inédite).

Rein flottant douloureux à droite. Néphrorraphie par M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE il y a 10 ans.

Louise D..., lingère. Femme de 38 ans, opérée en 1893 pour ovario-salpingite. Les trompes présentaient de nombreuses adhérences. Elle revint en 1894 pour un rein flottant douloureux à droite.

Fut opérée le 17 avril 1894 suivant le procédé opératoire déjà indiqué.

Sortie le 13 mai. Revue un mois après le 21 juin 1894. Elle souffrait encore. On ne l'a pas revue depuis.

OBSERVATION XVI (Inédite).

Néphrorraphie par M. J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, il y a 10 ans.

Jeanne B..., couturière, 33 ans. Opérée à l'Hôtel-Dieu pour un rein flottant à droite le 1^{er} mai 1894.

Sortie le 25 mai en bon état.

OBSERVATION XVII (inédite).

Néphrorraphie par M. J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Il y a 10 ans

Sortie complètement rétablie.

P..., Elise, journalière, âgée de 38 ans. Entrée dans le service pour être opérée d'un rein flottant à droite.

Néphrorraphie suivant le procédé déjà décrit le 8 mai 1894.
Suites opératoires simples.

Elle sort le 10 juin 1894, complètement rétablie.

OBSERVATION XVIII (inédite).

J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

Catherine S..., ménagère, 38 ans. Reçue à l'Hôtel-Dieu et envoyée dans le service pour être opérée d'un rein flottant à droite.

Néphrorraphie le 9 août 1894 suivant la même méthode que précédemment. Pas de complications. Sortie le 1^{er} septembre, complètement rétablie.

OBSERVATION XIX (inédite).

Néphrorraphie par M. J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE pour un rein mobile droit très douloureux. Annexite. Revue sept ans après l'opération. Rein bien fixé.

Ernestine M..., domestique, âgée de 33 ans.

A eu trois enfants. Le dernier accouchement il y a huit ans, a été accompagné de crises convulsives. Fausse couche il y a six ans, depuis douleurs abdominales fréquentes et métrorrhagies pour lesquelles on a fait un curettage de l'utérus.

Depuis quatre mois la malade se plaint de douleurs abdominales vives, surtout marquées dans le flanc droit. Crises d'émissions urinaires disparaissant par le repos au lit. Léger œdème de la face et des jambes le matin.

Utérus gros, douloureux, col très bas situé, épais, annexes sensibles ; mais la douleur est surtout utérine.

On trouve le rein dans le flanc droit, on le fait descendre jusqu'à la crête iliaque. Il est réductible. Sensiblement augmenté de volume et très douloureux.

Opérée le 28 août 1894. Incision lombaire. Dénudation du rein que l'on fixe à la paroi musculaire par des catguts gros et multiples profondément enfoncés dans la substance glandulaire.

Sortie le 28 septembre 1894 en bon état: Revue sept ans après en 1903. Depuis son opération la malade a eu deux couches. Le rein n'a pas bougé, il est bien fixé dans sa loge et n'est pas douloureux. Le ventre est relâché. La malade se plaint de douleurs abdominales qui semblent étendues aux lésions anciennes qu'elle a présenté du côté de ses annexes. Elle paraît au début de la ménopause. Pas de troubles de la sécrétion urinaire.

OBSERVATION XX (inédite).

J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

Néphrorraphie il y a neuf ans. Malade guérie.

Jeanne V..., journalière, 37 ans. Entrée dans le service pour être opérée d'un rein mobile à droite.

Néphropexie le 18 décembre 1894, suivant le procédé que nous avons décrit plus haut. Pas de complications.

Sortie le 2 janvier 1895 complètement rétablie.

OBSERVATION XXI (inédite).

J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

Néphrorraphie il y a 9 ans. Sortie dans un état satisfaisant.

Joséphine D..., ménagère, 28 ans. Entrée à l'hôpital pour une néphroptose à droite.

Néphrorraphie suivant le mode opératoire précédent le 18 mai 1895. Suites opératoires simples. Sortie le 2 juillet en bon état.

OBSERVATION XXII (Inédite).

J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

Hystérectomie. Néphrorraphie il y a neuf ans. Bon état.

Louise G..., passementière, 25 ans. A présenté des accidents aigus du côté de ses annexes. Entrée à l'hôpital pour un rein mobile douloureux à droite.

Néphropexie le 19 juillet 1895 suivant le mode opératoire précédemment décrit. Sortie le 10 août 1895 en bon état. Elle revient quelques mois après avec des lésions graves du côté de son appareil génital. Hystérectomie le 17 janvier 1896.

Revue le 21 mars 1896, elle ne souffre plus que de la cicatrice de sa laparotomie.

OBSERVATION XXIII (inédite).

J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

Rein mobile. Troubles nerveux. Néphrorraphie il y a 8 ans.

Malade guérie.

Hélène B..., domestique, 33 ans. Entrée dans le service pour une néphroptose du côté droit accompagnée de troubles nerveux. Néphrorraphie le 24 juin 1896 suivant le procédé habituel déjà décrit. La malade sort en août 1896 complètement rétablie.

OBSERVATION XXIV (inédite).

J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

Rein mobile très douloureux à forme gastrique. Néphrorraphie.

Revue 4 ans après. Rein bien fixé.

Marie L..., ménagère, 32 ans. Troubles gastriques très marqués ; douleurs abdominales vives dans l'intervalle. Elle a été soignée dans une clinique pour une salpingite non opérée. Elle se plaint depuis trois semaines de douleurs incessantes très vives surtout à la suite de fatigues. On trouve un rein droit très mobile, douloureux à la pression. Rien à gauche. L'état général est médiocre.

Opérée le 1^{er} mai 1896. Incision lombaire sur le bord externe du carré des lombes. Dénudation du rein, on enlève une portion de la capsule. Il est fixé à la paroi musculaire par des catguts gros et multiples, profondément enfoncés dans la substance corticale. Suture et drainage.

Exeat le 6 juin 1896 en bon état. Revue le 10 novembre 1900. Elle a depuis quinze jours des douleurs abdominales vagues. Le rein est perçu à droite, il est fixé un peu bas ; mais ne se déplace pas.

OBSERVATION XXV (inédite).

J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

Néphroptose. Néphrorraphie. Bon résultat.

Armandine L..., journalière, 38 ans. Néphroptose à droite. Néphrorraphie le 24 mars 1899 suivant le procédé opératoire indiqué plus haut. Suites très simples.

Exeat le 11 avril 1899 complètement rétablie.

OBSERVATION XXVI (inédite).

J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE

Rein mobile. Néphrorraphie il y a 5 ans. Bon résultat.

Thérèse S..., cuisinière, 37 ans. Entrée à l'hôpital pour un rein droit flottant.

Néphrorraphie le 14 mars 1899 suivant le procédé mis en usage dans les opérations précédentes. Suites opératoires très simples.

Elle sort guérie le 2 avril 1899.

OBSERVATION XXVII (inédite).

J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

Rein mobile douloureux. Néphropexie il y a 5 ans. Bon résultat.

Louise R..., domestique, 34 ans. Il s'agit encore d'un rein flottant à droite opéré le 30 mai 1899 suivant le procédé habituel.

La malade sort guérie le 20 juin 1899.

OBSERVATION XXVIII (inédite).

J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

Rein mobile douloureux. Néphrorraphie il y a 5 ans. Bon résultat.

Marie D..., ménagère, 39 ans, se plaint de vives douleurs abdominales. On trouve un rein flottant dans la fosse iliaque droite.

Néphrorraphie le 6 juin 1899, même méthode que précédemment. Suites opératoires très simples.

Elle quitte l'hôpital le 27 du même mois avec toutes les apparences d'une complète guérison.

OBSERVATION XXIX (inédite).

J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

Rein mobile à forme gastrique. Néphrorraphie il y a 4 ans. Guérison.

Auguste L..., verrier. Il s'agit d'un homme de 30 ans qui a présenté des troubles digestifs très marqués s'accompagnant de

vomissements fréquents. Néphrorraphie le 16 septembre 1900. Les troubles digestifs disparaissent et le malade s'en va le 8 décembre dans un état de santé parfaite.

OBSERVATION XXX (inédite).

J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

Rein mobile douloureux. Troubles névropathiques. Morphomanie. Néphrorraphie.

Louise V..., couturière, 37 ans. Cette femme présentait des troubles névropathiques très accentués, ses douleurs abdominales étaient très vives et l'ont conduite à la morphinomanie.

Néphrorraphie le 16 octobre 1899.

OBSERVATION XXXI (inédite).

J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

Néphrorraphie. Malade revue. Très bon résultat.

Angèle T..., masseuse, 35 ans, Néphroptose à droite.

Néphrorraphie le 30 octobre 1900. Il n'y a pas eu d'incident opératoire ni post opératoire. Elle quitte l'hôpital le 28 novembre en excellent état.

Revue dans la suite, elle s'est très bien trouvée de son opération. Le rein n'a pas changé de place.

OBSERVATION XXXII (inédite).

J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

Rein mobile à forme névropathique. Néphrorraphie, bon résultat.

Mélanie S..., couturière. Cette femme âgée de 26 ans présente des troubles névropathiques très accentués. Hystérique. On note une contracture extraordinaire des muscles de la paroi abdominale.

Néphrorraphie le 13 novembre 1900. Suites opératoires très simples. Sortie le 10 décembre très améliorée.

OBSERVATION XXXIII (inédite).

J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

Néphropexie: Rein fixé un peu bas n'a pas bougé, malade revue.

Joséphine B..., ouvreuse, 55 ans. Cette femme souffrait depuis longtemps, elle avait été opérée l'année précédente par M. Phiery. Néphroptose à droite descendant très bas. Rein très malade.

Néphropexie le 5 février. Dénudation partielle du rein, fixation à la paroi musculaire par de gros catguts profondément enfoncés dans la substance corticale. Drainage. Suites opératoires simples.

La malade sort le 4 mars 1901, elle continue à souffrir le rein est fixe. Revue le 25 juin 1902, elle souffre encore, le rein n'a pas bougé. Il est fixé un peu bas.

OBSERVATION XXXIV (Inédite).

J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

Marguerite B..., modiste, 38 ans. Entrée dans le service pour une néphroptose. Elle fut opérée le 26 février 1901 selon le procédé décrit plus haut. Suites opératoires très simples. Elle sort le 23 mars 1901 en bon état.

OBSERVATION XXXV (Inédite).

J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

Marie P..., cette femme âgée de 33 ans se présente avec un rein mobile droit.

L'opération est faite dans de bonnes conditions le 15 octobre 1901.

La malade quitte l'hôpital guérie le 15 novembre.

OBSERVATION XXXVI (Inédite).

J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

Maria B..., 27 ans, modiste, cette femme avait une néphroptose pour laquelle elle fut opérée le 20 février 1902 suivant le procédé indiqué plus haut.

Elle quitte l'hôpital le 20 mars 1902 dans un état très satisfaisant.

OBSERVATION XXXVII (Inédite).

J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

Néphropexie. Malade revue. Rein bien fixé.

Marie L..., 31 ans, femme de chambre. Entrée dans le service le 24 avril 1902 pour un rein mobile douloureux à droite. Néphropexie le 29 avril selon le mode opératoire déjà décrit. Elle sort le 21 mai en bon état.

Revue le 18 juin 1902. Elle se plaint de douleurs à la vulve et à la partie interne de la cuisse droite. Il n'y a rien du côté du rein. Il s'agit probablement d'une névralgie du nerf honteux externe.

OBSERVATION XXXVIII (Inédite).

J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

Céline P..., 28 ans, domestique. Entrée dans le service pour un rein mobile à droite le 26 avril 1902. Néphropexie le 6 mai selon le même mode opératoire que précédemment. Pas de complications. Elle quitte le service le 4 juin en bon état.

OBSERVATION XXXIX (Inédite).

J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

Rein mobile douloureux. Néphrorraphie. Malade revue
en 1904 guérie.

Hortense P..., religieuse, 25 ans. Reçue à l'hôpital le 10 mai 1902; elle avait un rein mobile à droite. Néphropexie comme ci-dessus

le 13 mai. Suites opératoires très simples. Sortie le 5 juin, elle souffrait encore.

Revue le 30 octobre 1902 à son retour de Vichy en bon état. Ses douleurs avaient duré deux mois après l'opération puis avaient disparues peu à peu.

Revue en février 1904, elle est en de très bonnes conditions, elle a repris ses fonctions de garde-malade. Actuellement son état est parfait.

OBSERVATION XL (Inédite).

J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

Cuisinière, 38 ans. Reçue le 27 juin 1902 pour un rein flottant à droite. Néphropexie le 10 juillet. Aucun incident opératoire ni post-opératoire.

Elle quitte le service le 1^{er} août en bon état.

OBSERVATION XLI (inédite).

J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

Néphropexie. Malade revue, rein bien fixé.

Emilie B..., 34 ans, couturière. Cette femme présentait une ectopie rénale droite pour laquelle elle est entrée dans le service le 2 juillet 1902.

Opérée le 15 juillet. Incision lombaire. Dénudation et fixation du rein à la paroi musculaire par des catguts gros, multiples et profondément enfoncés. Suites opératoires simples. La malade sort le 13 août.

Revue le 19 janvier 1903. Le rein paraît bien maintenu en

placé. Cependant la malade se plaint de douleurs abdominales. Au toucher on trouve un utérus très sensible. Du côté droit, l'ovaire est gros, sa sensibilité est plus accentuée qu'à gauche. La malade accuse des pertes abondantes.

OBSERVATION XLII (inédite).

J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

Marie L..., 38 ans, domestique. Cette femme se présente à l'hôpital, avec un rein flottant à droite. Elle est admise salle Sainte-Jeanne le 12 juillet 1902 et opérée le 28 du même mois de la même manière que précédemment. Les suites opératoires furent simples. Elle sort le 15 août dans un état satisfaisant.

OBSERVATION XLIII (inédite).

J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

Rein mobile très douloureux, néphrorraphie. Malade revue en 1904, guérie.

M. B..., 28 ans. La malade se présente avec un rein flottant très mobile, il descend jusque dans la fosse iliaque droite. Rien à gauche. On l'opère, le 7 novembre 1902 ; toujours suivant le même mode opératoire que ci-dessus. Suites opératoires très simples.

Cette malade avait depuis cinq ans des crises douloureuses que l'on prenait pour des crises d'origine hépatique. Très névropathe. Ces douleurs disparaissent après l'opération.

On a de ses nouvelles en 1904 elles sont excellentes. Les douleurs ont définitivement disparu.

OBSERVATION XLIV (inédite).

J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

Henriette H., 24 ans. Entre à l'hôpital pour un rein mobile a droite le 6 juin 1903. Elle est opérée le 25 juin, toujours de la même manière que les malades précédentes. Suites opératoires simples, elle quitte l'hôpital le 1^{er} août en bon état.

Deux autres malades ont été opérées depuis par M. Lucas-Championnière pour rein mobile. Il n'y a pas eu de complications opératoires ou post-opératoires. Ces deux malades sont actuellement dans un état satisfaisant.

CONCLUSIONS

Si nous voulons maintenant résumer les diverses questions que nous avons parcourues dans cette étude nous arrivons aux conclusions suivantes :

I. — Le rein déplacé s'accompagne fréquemment de troubles multiples et graves qui réclament un traitement énergique et efficace. La constriction violente de l'abdomen avec une ceinture et des coussins appropriés n'est pas un traitement favorable du rein véritablement flottant. Ces ceintures ne sont pas sans danger et sont souvent mal supportées. De plus le rein n'est maintenu que d'une façon inconstante et peu durable, tandis que les opérations de fixation du rein donnent un résultat définitif.

II. — On aborde le rein par une incision lombaire. Après l'avoir dénudé on doit pénétrer hardiment dans sa substance propre au moyen de fils de catguts gros et multiples. Ces catguts sont ensuite passés à travers les muscles de la région.

Après avoir fait les sutures il faut drainer pour éviter les petits hématomes.

Le rein est ainsi très solidement fixé comme le prouvent les résultats obtenus. Il a même résisté par la suite à des grossesses répétées.

III. — On a rejeté depuis longtemps les procédés consistant à ne prendre avec le fil que la capsule graisseuse ou la capsule propre; cette méthode ne donne pas de bons résultats.

IV. — Il ne paraît pas utile de suspendre le rein à une côte. On fixe l'organe solidement et assez haut en faisant passer les fils dans la paroi musculaire.

Il est nuisible d'entamer la substance propre du rein. On n'obtient pas ainsi des adhérences plus solides.

A plus forte raison, doit-on rejeter les opérations qui consistent à faire passer le rein derrière les aponevroses de la région, elles sont graves, disproportionnées avec le résultat que l'on veut obtenir, complications opératoires inutiles.

V. — Quarante-six opérations ainsi conduites n'ont jamais donné lieu à aucun accident.

Les troubles dus au rein mobile ont disparu; dans quelques cas la cessation de tout symptôme a été immédiate; dans d'autres il a fallu plusieurs semaines pour éteindre définitivement toute sensibilité réflexe.

Plusieurs malades ont été revues au bout de douze et quatorze ans, en parfait état de santé. Le rein n'a-

vait pas quitté sa loge. Elles ne présentaient aucun trouble de la sécrétion urinaire ou de l'état général pouvant faire penser à de la sclérose rénale. Il n'y a jamais eu de récédive.

Le procédé employé par J. Lucas-Championnière est simple et efficace. C'est un des plus heureux de la chirurgie réparatrice. Il donne des résultats éloignés excellents.

Vu : le Président de la thèse,
TILLAUX

Vu le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Nous n'avons point l'intention de faire ici une bibliographie complète de tout ce qui a trait à la néphrorraphie et aux résultats qu'elle est susceptible de donner. Ces travaux sont innombrables, nous nous contenterons de citer les plus importants, les plus récents, ou ceux que nous avons consultés.

Albarran. — Contribution à l'étude du rein mobile, formes cliniques, diagnostic et traitement, 4^e Paris, 1891.

Agnew. — Nephrorraphy and Nephrectomy (Med. News 1887, Janv., p. 116).

Angerer. — Beitrage zur chirurgie der Nieren (Munch. méd. Woch., 28 Juli. 1891, p. 525).

Bartet. — Du traitement médical et chirurgical du rein flottant et de ses complications. Intervention par néphropexie. Bordeaux, 1893.

Brian. — Expériences sur une méthode de néphropexie (procédé de Jaboulay). Arch. prov. de chirurgie, Paris, 1895, IV, p. 702.

Brodel. — A more rational method of passing the suture in fixation of the Kidney. Am. med. Philadelp., 1902, p. 176.

Brodeur. — De l'intervention chirurgicale dans les affections du rein. Th. Paris, 1886.

Chambers. — A news method of nephrorraphy. Am. J. Obst. N. Y., 1901, p. 256.

- Cartledge.** — Fixation of the Kindey through an abdominale Incision. Ann. Bact. news Louisville, 1901, XXXI 223-227.
- Lucas-Championnière.** — Le rein mobile et la néphrorraphie
Opportunité des opérations non destructives du rein
Journal de méd. et de chir. pratique, 1889, p. 193.
- Rein flottant. Néphrorraphie. Ann. de chirur. et d'orthop. 1899, XII, p. 206.
- Rein mobile et néphrorraphie. Journal de méd. et de chir. pratique, 1903, p. 490.
- Chevalier.** — De l'intervention chirurgicale dans le rein mobile.
Med. mod. Paris, 1901, p. 351.
- Courvoisier.** — Ueber Anheftung der wanderniere (Corr.-Blatt fur schweizer Aerzte, n° 6, p. 184, 15 mars 1890).
- Le Cuziat.** — Traitement du rein mobile douloureux. De la néphrorraphie expérimentale, th. Paris, 1889.
- Delagenière (P. A.).** — Etude critique et expérimentale sur la néphrorraphie. Th. Paris, 1892.
- Duchesne.** — Contribution à l'étude du rein mobile formes cliniques. Diagnostic. Traitement. 4° Paris, 1891.
- Duplay.** — Du rein mobile. Méd. Mod. Paris, 1896, p. 401.
- Durat.** — Du traitement des reins mobiles ou flottants par la néphrorraphie (Bull. de l'Acad. royale de med. de Belgique, 1888, t. II, n° 5, p. 440, et Journal des sc. med. Lille, 27 juillet).
- Résultats éloignés anatomiques et cliniques de la néphropexie. Assoc. franc. d'urologie. Procès-verbal, 1901. Paris 1902, p. 135.
- Eger.** — Ueber eine eigenthümliche Verbindung von Wanderniere mit Hydronephrose (Berl. Klin. Woch., 1876, n° 28).
- Encke.** -- Ueber die heilung der wanderniere durch nephrorraphie, 8° Halle, 1893.

- Fischer** (H.). — Néphropexie sans sutures par enclavement du rein, 8^e Paris, 1899.
- Faraggi**. — Rein mobile. Indications et contre-indications de la néphrorraphie. Ses résultats éloignés, th. Paris, 1892.
- Flemming**. — The present status of nephrorraphy. Denver M. Times, 1901, p. 71.
- Forgue**. — Traitement du rein mobile, n. Montpellier med. 1898, VII, p. 161.
- Fourrier**. — Réflexions sur plusieurs cas de reins flottants et sur le traitement de cette affection (Bull. gén. de thérapeutique, 1875, p. 481).
- Frank**. — Ueber die bisherigen Erfahrungen an dem gebiete der nephrorraphie. (Berliner Klin. woch. 1889, n^o 9-11).
- Fritz**. — Des reins flottants (Arch. gén. méd. 1859, II, p. 158).
- Glénard**. — Etapes de la théorie enteroptosique du rein mobile. Gaz. de gynécolog. Paris, 1902, p. 160.
- Gould**. — Case of moveable Kidney ; nephrorraphy (lancet, 1888, II, p. 674).
- Guillet**. — Rein mobile, pathologie et indicat. opératoires. Procès verbal assoc. franç. d'urologie. Paris 1901.
- Guyon**. — Du rein mobile. Independ. med. Paris, 1895, p. 34.
- Guyon**. — Rev. de thérapeutique med. chirurg. Paris, 1895, p. 750.
- Giannettasio**. — Nuovo processo di nefropessia. Riforma, med. Roma, 1901. pt. 4-542.
- Hahn**. — Operative Behandlung der beweglichen Niere durch fixation (Centralblatt für chirurgie, 1881. N^o 29).
- Hahn, Delhaes, Esmarch, Kuster, Lauenstein**. — Verhandlungen des chirurgen congresses, 1882 (Néphrorraphien).
- Hare**. — Moveable Kidneys, Their diagnosis and treatment (Med. Times and Gaz., 1858, p. 7-112).

- Herr.** — Die wanderude Nie Dissertation, Bonn, 1871.
- Herzberg.** — Ueber Dauerfolge der Nephrorraphie. 8° Göttingen, 1894.
- Hydenreich.** — De la néphrorraphie (Sem. méd., 10 juillet 1889).
- Jeannel.** — Néphroptose, néphropexie (Midi médical. Toulouse, 1893, i i p. 313).
- Jonnesco.** — Sur la néphropexie. Ass. franç. de chir. Proc. v. Paris, 1896, p. 527.
- De la néphropexie. Compt. rendu cong. intern. méd. 1897. Moscou, 1899, p. 300.
- Keen.** — Nephrorraphie pour rein flottant; guérison. « Med. News », 10 avril 1889.
- Kholodenko.** — Nephrorraphie. Th. Paris, 1889.
- Lafourcade.** — Résultats de la néphrorraphie. Cong. périod de gynéc. d'obst. et de pædiat., Paris, 1896, p. 375.
- Landan.** — Die Wanderniere der Frauen, Berlin, 1881.
- Lavergne (J.-B.).** — Contribution à l'étude de la néphrorraphie, 4° Paris, 1895.
- Niehans.** — Zur Behandlung der Wanderniere (chir. Centralblatt., 1888, XV, p. 12).
- Potherat.** — Traitement du rein flottant. Rev. génér. de clin., n° 33, p. 323).
- Pousson (A.).** — Résultats de 16 néphropexies. Proposition d'une opération complémentaire au cours de cette intervention. Assoc. franç. d'urologie. Proc. verb. 1901 Paris, p. 120.
- Richardson.** — The Boston med. and. Surg. Journ. June, 1888, p. 593. Néphrorraphie.
- Rosenberger.** — Ueber operationen der Wanderniere. Sitzungsbericht. d. physical med. Gesellschaft Wurzburg. 7 Juli 1888, p. 123.

- Die intraperitoneale Ascheftung der Wanderniere.
(Munch. med. Woch., december, 1888, n^o 50).
- Rivière (A.).** — Rein flottant douloureux. Néphropexie. Guérisons. « Mém. et comptes-rendus. Soc. des sc. méd. de Lyon », 1893, p. 45.
- Schede und Kümmel.** — Néphrorraphie. (Deutsche med. Woch., 1887, n^o 23).
- Schramm.** — Laparotomien hydronephrotischer Wanderniere (Berlin Klin. Woch., 1883, n^o 37).
- Germain de Saligny.** — Contribution à la néphropexie sans suture par enclavement cicatriciel du rein, 8^e Paris 1899.
- Schütz.** — Wanderniere und Magenerweiterung (Prag. med. woch., 1885, X, n^o 2).
- Schwerdtfeger.** — Ein fall von Operativer. Fixation einer wanderniere nach. Hahn. Diss. Greifswald, 1886.
- Segond.** — Néphrectomie pour rein flottant (Gazette des hôpitaux, 1887, p. 124).
- De la néphrorraphie (France méd., 21 septembre 1890).
- Simon.** — Chirurgie der Niere, I, Theil 1890.
- Smith-Greig.** — Fixation of movable kidney byscratching its capsule through the tsin (Lancet 5 July, 1884, p. 10).
- Scctocasa.** — Di un nuovo processo per l'operazione di Hahn of fissazione del rene (clin. chir. Milano, 1898, p. 270).
- Stonham.** — Nephrorraphy (Lancet, 1888, p. 3).
- Sulzer.** — Ueber wanderniere und deren Behandlung durch Nephrorrapie (Deutsche Zeitsch. f. chir., 1891, p. 506).
- Swain.** — The indications for treatment in nephroptosis. Bristol M. chir. J., 1902.
- Terrillon.** — Nephrorraphie dans la région lombaire pour un rein flottant hypertrophié et très douloureux (Bull. Ac. méd., 9 avril 1889).

- Rein droit déplacé et douloureux chez un homme de 57 ans. Néphrorraphie. Guérison (Ann. des mal. des organes génito-urinaires, 1889, n° 8).
- Rein flottant et néphrorraphie (Bull. médic., 5 mars 1890 et Bull. gén. thérapeut., 15 mai 1890).
- Thornton.** — Chirurgie des reins (Lancet, 30 sept. 1889).
- Tuffier.** — Etudes expérimentales sur la chirurgie du rein. Paris, Steinheil, 1889.
 - Rein flottant et néphrorraphie (Rev. chir. 1889, p. 952).
 - Rein mobile et néphropexie (Arch. gén. de méd. janvier 1890).
 - La capsule adipeuse au point de vue chirurgical (Rev. chir. mai 1890).
- Turgarot.** — Néphrorraphie. Bull. méd. du Nord, juin 1887.
- Valch.** — Etude clinique du rein mobile. Indications thérapeutiques, 40. Paris 1896.
- Vanneufville.** — De la néphrorraphie. Thèse Paris, 1888.
- Vulliet.** — D'une nouvelle opération de néphropexie. Genève, 1895.
- Wagner.** — Casuistische Beitrage zur Nieren chirurgie (Dents Zeitsch f. chir., 1886).
- Wilcox.** — A case of nephorrhaphy for fixation of a floating Kidney (Annals of Surgery; March. 1888, n° 3, p. 192).
- Zbinden.** — Contribution à l'étude du rein flottant et de son traitement opératoire, 8° Genève 1901.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

